



Demande d'admission HDJ SSR Gériatrique

Date d'admission souhaitée :

____/____/____

Provenance

Identification du médecin demandeur : _____

Domicile Etablissement : _____ Service : _____

Tel : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Renseignements administratifs du patient

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F M

Adresse : _____ Tel : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ INS : _____

Caisse : _____ Mutuelle : _____

Prise en charge dans le cadre d'une ALD : Oui Non

Mesure de protection juridique (tutelle, curatelle...) : Oui Non Si oui, précisez : _____

Ancienne profession : _____

Type de logement : _____

Situation à domicile : Seul(e) Avec conjoint Autre entourage : _____

Aides en place : IDE Kinésithérapeute Aides à domicile Autre : _____

Médecin traitant :

Nom et Prénom : _____ Tel : _____

Personne à prévenir :

Nom et Prénom : _____

Tel : _____ Lien avec le patient : _____

Aidant principal :

Nom et Prénom : _____

Tel : _____ Lien avec le patient : _____





Informations médicales (confidentiel)

Motif de prise en charge / histoire de la maladie : _____

Antécédents connus : _____

Allergies : _____

Traitement en cours et posologie : _____

► *Merci de nous transmettre l'ordonnance du traitement en cours*

Le patient :

Taille : _____ cm

Poids habituel : _____ kg

Variation du poids : Stable Perte de poids : - _____ kg Prise de poids : + _____ kg

Patient porteur d'une BMR ou BHRé : Oui Non Si oui, précisez : _____

Vaccination COVID-19 : Oui Non Partielle : _____

Evaluation de l'autonomie

Mobilité :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant
- Risque de chutes
- Utilisation d'aide technique à la marche

Hygiène/habillage :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant

Elimination/continence :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant
- Sonde vésicale → Gestion autonome
- Stomie (précisez) : _____

Transfert :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant

Ventilation :

- Aucune
- Oxygène
- Trachéotomie

Etat cutané :

- Peau saine
- Pansement

Alimentation :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant
- Alimentation artificielle
- Troubles de la déglutition
- Régime : _____

- Le/La patient(e) est stable médicalement au moment de la demande
- Le/La patient(e) présente un état cognitif compatible avec une prise en charge en HDJ (compréhension conservée, absence de comportement perturbateur) et adhère au projet

Date de la demande : ____/____/____

Tampon + signature du médecin adresseur :

Décision de l'équipe pluridisciplinaire :

- Accord
- Refus